Agrégation de Chirurgie (Section d'Accouchements)
CONCOURS DE 1904

TITRES

ET

Travaux Scientifiques

DU

Dr J. THOYER-ROZAT

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
PARIS — 1, Rue Casimir-Delavigne et 12, Rue Monsieur-le-Prince. — PARIS
Anciennement 36, rue Serpente

1904

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne provisoire des hôpitaux de Paris (1896).

Docteur en médecine (1896).

Moniteur à la clinique d'accouchements de la Faculté (1896-1901).

Membre de la société obstétricale de France.

Membre de la société d'obstétrique de Paris.

Médecin de la crèche du XVII[e] arrondissement (1898-1903).

Admissible aux épreuves définitives du concours d'agrégation de 1901 (Chirurgie et Accouchements).

ENSEIGNEMENT

Cours élémentaire d'accouchements aux stagiaires de la Clinique Tarnier, avec M. le D[r] Chéron (septembre 1899).

Cours complet d'accouchements aux stagiaires du service de M. le D[r] Maygrier à la Charité avec M. le D[r] Bouchacourt, (décembre 1900, mars 1901).

Répétitions de manœuvres obstétricales à la Faculté (1903).

Assistant d'enseignement à la Clinique annexe de la Faculté à la Maternité de Lariboisière (Service de M. le Professeur agrégé, Bonnaire, chargé du Cours), 1901-1902-1903-1904.

TABLE ANALYTIQUE DES PUBLICATIONS

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

NOUVEAU-NÉ ET NOURRISSON

DIVERS

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Embolie consécutive à une phlegmatia alba dolens (mort subite)

(En collaboration avec le Dr L. Dubrisay, *Soc. anatom.*, janv. 1897.)

Il s'agit d'une femme amenée à la Clinique en état d'infection. L'accouchement fut terminé par la basiotripsie. Douze jours après elle présenta une phlébite du côté gauche qui occasionna une embolie pulmonaire avec tous ses symptômes classiques; deux jours après cette embolie apparut une phlébite du côté droit, au 8e jours de laquelle la malade prise subitement de suffocation et des signes d'une grosse embolie, mourut en quelques secondes.

A l'autopsie on trouve l'utérus revenu sur lui-même et ne contenant aucun débris placentaire. Le cœur présente dans sa cavité droite de gros caillots adhérents. Les veines fémorale et iliaque gauches contiennent un caillot adhérent; à droite les mêmes veines sont oblitérées aussi, mais le caillot n'est pas adhérent; il est fragmenté par places et paraît tronqué à sa partie supérieure.

Dans les poumons on trouve des infarctus anciens correspon-

dant à la première embolie ; puis au niveau de la bifurcation des branches de l'artère pulmonaire on trouve de gros caillots bifurqués à gauche, trifurqués à droite se prolongeant très avant dans les ramifications artérielles.

Chorée gravidique

(In : Thèse de Delage, Paris, 1898).

On admet généralement, au point de vue des rapports des trois grandes névroses, hystérie, épilepsie et chorée avec la grossesse, que l'hystérie n'est ordinairement pas modifiée, l'épilepsie est souvent améliorée, et la chorée presque toujours aggravée.

Nous avons observé un cas, publié dans la thèse de Delage, de chorée existant depuis la première enfance, ayant passé à diverses reprises par des phases très aiguës, et n'ayant présenté du fait d'une grossesse, qu'une légère reprise pendant les deux premiers mois, tout le reste de la grossesse s'étant passé dans un calme presque complet.

Depuis que ce fait a été publié, nous en avons observé quatre autres presque idendiques : chorée ayant débuté de très bonne heure, ayant eu plusieurs poussées aiguës au moment de la puberté, mais étant restée presque silencieuse pendant la grossesse qui, dans tous les cas, a été menée jusqu'à terme.

Nous croyons que le pronostic tel qu'il ressort des statistiques (20 % d'accouchements prématurés, et 30 % à peu près de mortalité maternelle !) n'est pas conforme à la réalité. Ici, comme pour bien d'autres affections, les statistiques se trouvent être très assombries par ce fait qu'on a publié la plupart des cas de mort, tandis que les faits bénins ou d'intensité moyenne ont souvent été passés sous silence : il est incontestable que le pronostic de la chorée pendant la grossesse est plus sérieux que

celui de l'hystérie ou de l'épilepsie dans ces mêmes conditions, mais il ne paraît pas avoir la gravité qu'on lui a attribuée.

Applications de forceps faites à la clinique Tarnier, du 1er novembre 1896 au 31 mars 1899

(En collaboration avec le Dr Louis Dubrisay, *Société obstétricale de France*, avril 1899.)

Dans une période de deux ans et demi (exactement 53 mois) il a été fait à la clinique Tarnier, 236 applications de forceps, ce nombre comprenant en même temps que les applications de forceps délibérées et définitives qui ont terminé l'accouchement, quelques tentatives d'application faites sans conviction et sans grand espoir de réussite, et après lesquelles l'accouchement a été terminé soit par une version soit par une basiotripsie.

Ces 236 applications de forceps nous ont donné 206 enfants vivants et 30 enfants morts en chiffres bruts. Du côté des mères nous relevons 2 morts. L'une était une éclamptique amenée de la ville en travail, avec 40° de température et déjà 15 accès ; dès que le col a été suffisamment dilatable on est intervenu et on a extrait un enfant vivant, mais la malade a succombé quelques heures après, ayant eu 25 accès. L'autre, amenée aussi de la ville à terme, en travail, et déjà profondément infectée, avait un bassin généralement rétréci (p. s. p, 10) ; elle a été symphyséotomisée, accouchée au forceps d'un enfant vivant pesant 3.040 grammes et a succombé 12 heures après l'intervention. A l'autopsie, aucune lésion traumatique de l'utérus, mais des lésions dégénératives profondes des reins et du foie pour la production desquelles il est évidemment impossible de penser à l'action du forceps !

Ces 236 applications de forceps ont été faites le plus souvent

(179 fois) pour insuffisance des contractions, résistance des parties molles et souffrance de l'enfant ; 57 fois il y avait avec ou sans les causes précédentes un rétrécissement plus ou moins prononcé du bassin ; enfin 25 fois sur les 57 l'angustie pelvienne était suffisante pour que la tête fœtale n'ait pu s'engager, et le forceps a été appliqué au détroit supérieur.

Nous divisons ces interventions au point de vue des résultats en : forceps au détroit supérieur, forceps dans l'excavation ou au détroit inférieur.

I. — Forceps au détroit supérieur

Sur les 25 applications de forceps faites au détroit supérieur, nous notons :

Pour les mères : une mort [c'est la femme amenée du dehors infectée, avec un bassin rétréci, symphyséotomisée, etc. (voir plus haut)].

Pour les enfants : 7 morts. De ces 7 morts nous devons en déduire 3 (un où l'application de forceps n'a pas été décidée délibérément comme l'intervention de choix mais tentée seulement à tout hasard avant de faire la version. Un autre où 2 applications de foreeps avaient été tentées en ville et où l'enfant était mort avant l'intervention faite à la Clinique. Un enfin où la femme a refusé au dernier moment la symphyséotomie qui avait été précédemment décidée, et où l'enfant était mort avant l'application de forceps.

Restent donc 4 enfants morts, soit :

Statistique absolue :

Mortalité maternelle . .	4 0/0
Mortalité fœtale	28 0/0

Statistique expurgée :

Mortalité maternelle. . .	0
Mortalité fœtale	16 0/0

II. — Forceps dans l'excavation ou au détroit inférieur

Sur les 211 applications de forceps faites dans l'excavation ou au détroit inférieur, la mortalité maternelle a été de 1 (c'est le cas de la femme éclamptique amenée en pleine période d'accès).

La mortalité infantile absolue a été de 23.

Mais de ce nombre 23 nous devons déduire 1 anencéphale, 1 macéré, 4 enfants morts avant que l'on ait pu intervenir. Restent donc 17 enfants morts, soit :

Statistique absolue :

Mortalité maternelle. .	0,5 0/0 environ
Mortalité fœtale . . .	10,9 0/0

Statistique expurgée :

Mortalité maternelle. .	0
Mortalité fœtale . . .	8 0/0

Observation de corps étranger de l'utérus introduit dans un but criminel pendant la grossesse et retrouvé après la délivrance.

(Société obstétricale de France, 1901.)

Les corps étrangers les plus divers ont été trouvés dans la cavité utérine : il en existe une liste très complète dans la thèse de Cassaët (1894). Dans le cas que nous avons rapporté à la Société obstétricale de France, il s'agissait d'un porte-plume en bois, muni de son armature métallique, qu'une jeune femme primipare enceinte de sept mois s'était introduit dans l'utérus pour se faire accoucher prématurément. Accouchement normal, délivrance spontanée... on ne soupçonne rien. Puis, parce que la malade perd on fait une exploration intra-utérine et on trouve le

corps étranger appuyant sur le segment inférieur du côté droit et remontant très haut dans la cavité utérine (il avait 12 cent.); pas de déchirure utérine, suites de couches tout à fait normales.

Ce fait doit rappeler une fois de plus l'attention sur l'existence possible dans l'utérus de ces corps étrangers introduits dans le but de provoquer l'avortement. En présence d'un avortement ou d'un accouchement prématuré qui paraît suspect, il faut y penser; et mieux vaut faire cent explorations inutiles de la cavité utérine (sous cette réserve bien entendu qu'elles seront faites dans des conditions d'asepsie parfaite), que d'y laisser insoupçonné une seule fois un corps étranger dont la présence peut avoir des conséquences désastreuses.

Entéro-colite muco-membraneuse et grossesse.

(Société obstétricale de France 1901).

Les rapports de l'intestin avec la grossesse ont fait l'objet de travaux nombreux depuis les leçons du professeur Bouchard en 1887, les observations et les leçons de notre maître M. le professeur Budin : MM. Lavergne, Le Guern, Dumont, M. le professeur Hergott, M. Demelin et d'autres ont montré les erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les accidents gastro-intestinaux pendant la grossesse et les suites de couches, et les complications qu'ils peuvent amener du côté de l'utérus gestant et puerpéral.

Nous avons à notre tour rapporté une observation de troubles intestinaux pendant la grossesse, ayant affecté une forme et une allure un peu particulières.

Il s'agit d'une primipare enceinte de 7 mois, pas constipée, ayant eu au contraire de la diarrhée à diverses reprises pendant sa grossesse, et prise subitement de douleurs abdominales. A

chaque douleur l'utérus se contracte ; le col est en voie d'effacement. Pas de doute sur l'imminence d'un accouchement prématuré. Repos, lavements laudanisés et médication belladonée. Le lendemain mêmes douleurs, fièvre, vomissements ; on trouve alors que l'utérus ne se contracte pas à toutes les douleurs, et qu'il existe au-dessus et autour de lui dans la région des colons une zone très douloureuse. On pense à une accumulation de matières fécales, on administre un purgatif salin : évacuation de grandes quantités de paquets muco-membraneux au milieu de très vives douleurs ; nouvelles évacuations les jours suivants sous l'influence de nouveaux purgatifs ; puis peu à peu tout rentre dans l'ordre, utérus et intestin ; la grossesse va ensuite jusqu'à terme.

Ce fait est intéressant à cause de la forme particulière des accidents intestinaux (l'entéro-colite muco-membraneuse ne paraît pas très fréquente au cours de la grossesse) et à cause de l'apparition simultanée des troubles gastro-intestinaux et des phénomènes de début de travail, ceux-ci masquant ceux-là et en rendant le diagnostic difficile.

Peut-être cette entérite muco-membraneuse doit-elle être rapportée à la diarrhée qu'avait présentée à diverses reprises la malade?... On sait que les diarrhées, quelle qu'en soit la cause, s'accompagnent toujours de putréfactions intestinales ; que ces putréfactions aboutissent parfois à la production d'ammoniaque qui peut provoquer la thrombose des capillaires (thromboses fermentatives) et secondairement des entérites pseudo-membraneuses avec nécrose superficielle de la muqueuse.

Quoi qu'il en soit de l'origine de cette entérite, le point intéressant est que la contraction utérine douloureuse, qui était indubitablement sous sa dépendance, est apparue en même temps qu'elle, ce qui s'explique par la rapidité avec laquelle les capillaires intestinaux mis à nu par l'exfoliation partielle de la muqueuse, pouvaient résorber les toxines intestinales.

Au reste, c'est toujours par résorption des toxines intestinales dont un certain nombre ont été démontrées avoir une action convulsivante, que la diarrhée des femmes enceintes paraît agir sur l'utérus pour y déterminer des contractions douloureuses précoces (en exceptant les cas où intervient peut-être une action réflexe).

Tandis que l'influence dans le même sens de la constipation s'exerce d'une autre façon :

Les matières ici sont excessivement dures et ne peuvent que difficilement laisser transsuder les toxines qu'elles enferment.

Mais ces matières sont quelquefois si abondantes qu'elles peuvent comprimer et exciter mécaniquement l'utérus. Elles peuvent, d'autre part, comprimant les veines du petit bassin, produire une congestion de tous les organes pelviens et de l'utérus, cette congestion utérine aboutissant plus ou moins rapidement à la contraction douloureuse de l'organe. Enfin, comme l'a démontré Vanni, la coprostase amène dans la constitution du sang des changements qui aboutissent à une augmentation de la quantité d'acide carbonique qu'il renferme, et l'action sur la fibre utérine de l'acide carbonique en excès dans le sang est un fait bien connu.

Grossesse extra-utérine; mort du fœtus au voisinage du terme. — Faux travail. — Rétention fœtale.

(Société d'obstétrique de Paris ; 19 avril 1900. — Voir : *Presse Médicale*, p. 178, n° du 9 mai 1900 ; et *Demelin et Bouchacourt*, à propos d'un cas de rétention pendant quatre ans d'un fœtus extra-utérin près du terme ; l'*Obstétrique*, novembre 1903 p. 481.)

La malade qui a fait le sujet de cette présentation a été admise à la clinique Tarnier dans les premiers jours de janvier 1899,

étant enceinte de 7 mois 1/2. Elle avait eu jusque-là une grossesse presque normale, sauf des douleurs abdominales extrêmement vives dans les premiers mois.

Quatre jours après son admission dans le service de M. le professeur Budin, elle est reprise de douleurs intenses dans le bas-ventre et l'hypocondre droit, avec vomissements répétés, subictère, élévation de température : Le diagnostic est hésitant entre péritonite de cause inconnue et cholécystite. Désinfection intestinale ; puis, glace sur le ventre.

Après quelques jours, diarrhée extrêmement fétide, à la suite de laquelle paraît se faire une sédation des symptômes abdominaux ; l'état général, très grave les jours précédents, s'amende.

L'examen obstétrical, à la fin de janvier, montre que la grossesse est de 8 mois 1/2 environ ; le sommet est en bas ; le fœtus est vivant. Au palper on sent au devant et à gauche de la présentation, une tumeur du volume d'une mandarine et qu'on pense être un petit fibrôme.

Le 3 février, mouvements désordonnés du fœtus dont on n'entend plus les bruits du cœur les jours suivants et que la mère ne sent plus remuer.

Le 26 mars, la malade entre en travail ; douleurs survenant régulièrement toutes les cinq minutes, effacement du col ; en somme travail franc, mais qui s'arrête dans la soirée.

Les jours suivants le ventre diminue de volume, et n'est plus développé que comme pour une grossesse de 6 mois quand la malade quitte la Clinique le 30 avril.

En février 1900, surpris de n'avoir pas vu cette malade revenir à l'hôpital, et, intrigué par le sort réservé à ce fœtus mort retenu pendant si longtemps, j'allai la voir chez elle, et appris que rien de nouveau n'était survenu. L'esprit déjà mis en éveil par cette rétention fœtale véritablement trop longue pour être *in utero*, je repris l'histoire clinique de cette malade et constatai que bien des points concordaient avec l'hypothèse d'une grossesse extra-

utérine arrivant au voisinage du terme au milieu d'accidents péritonitiques.

Un nouvel examen, cette fois très facile, me permet de constater que la petite tumeur sus-pubienne très sensiblement diminuée de volume, se continue avec le col qui est plaqué derrière la symphise pubienne et constitue certainement l'utérus lui-même.

En arrière et au-dessus de l'utérus, assez intimement unie à lui, mais isolable cependant par le palper et le toucher combinés, je sens une masse volumineuse, remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic, de consistance ferme mais inégale, véritablement pierreuse en certains points, qui me paraît devoir être le sac fœtal renfermant un volumineux lithopédion.

Cette opinion est généralement admise, quoique avec des réserves, par les membres présents à la séance de la Société d'Obstétrique lors de la présentation de cette malade.

Mon diagnostic a été depuis lors reconnu exact : La tumeur fœtale en effet, après être restée silencieuse jusqu'en août 1903, détermina à cette époque des accidents qui ramenèrent la malade à la clinique Tarnier. M. Demelin, remplaçant M. le professeur Budin, pratiqua la laparotomie le 3 septembre, et fit l'extraction d'un fœtus partiellement momifié, pesant 1525 grammes. Marsupialisation de la poche. Guérison.

Accouchement forcé et accouchement chirurgical.

(*Presse Médicale*, 2 juillet 1902.)

Il existe un certain nombre de cas où, vers la fin de la grossesse ou au début du travail, en présence d'un danger imminent qui menace la vie de la mère ou du fœtus, l'accoucheur se trouve amené à évacuer rapidement l'utérus : c'est un placenta prævia

hémorragique ; ce sont des accès d'éclampsie ou d'urémie, ou de cyanose chez une cardiopathe ; c'est l'état de souffrance menaçant du fœtus dont le cordon est procident et comprimé ou qui asphyxie pour toute autre raison ; c'est une présentation de l'épaule avec membranes rompues, ou la lenteur excessive du travail faisant craindre l'épuisement et l'infection de la mère, ou encore l'infection amniotique succédant à une rupture prématurée des membranes.

Dans tous ces cas, on obtient les meilleurs résultats de l'accouchement rapide, extemporané. Les faits anciens d'A. Paré, Guillemeau, Louise Bourgeois, Mauriceau, etc., étaient déjà encourageants ; les observations récentes de Tarnier, Bonnaire, Fournier, Demelin, Dubrisay, Lop, les travaux de Maridort, Mortagne, Felice, et d'autres, sont tout à fait concluants et rallient à la méthode des accoucheurs de plus en plus nombreux.

Si les résultats obtenus aujourd'hui sont incomparablement supérieurs à ceux qu'on avait autrefois, cela tient à deux causes : au perfectionnement du manuel opératoire d'une part ; d'autre part aux conditions d'asepsie dans lesquelles on opère maintenant, et qui permettent d'éviter presque sûrement les complications infectieuses qu'on provoquait autrefois si facilement par toute intervention, surtout chez les éclamptiques, les hémorragiques, les femmes épuisées par un long travail, etc.

L'accoucheur est donc désormais en mesure, lorsqu'un danger menace la mère ou le fœtus, d'évacuer rapidement l'utérus et cela *en ne faisant courir à l'une et à l'autre qu'un minimum de risques*.

Néanmoins, pour réduits qu'ils sont, ces risques : lésions du col (pour la mère), incarcération de la tête dernière (pour le fœtus) ne doivent pas moins être toujours présents à l'esprit de l'accoucheur.

Aussi est-ce une loi de conscience et de sagesse de ne les affronter que lorsque, de par les conditions cliniques, les deux ou

l'une des deux existences qu'il s'agit de sauvegarder sont indubitablement et grièvement menacées.

On ne saurait donc s'associer à la pratique audacieuse qu'en ces temps derniers ont préconisée certains accoucheurs sous le nom d' « *accouchement chirurgical* ». Non contents de corriger la nature par l'intervention de l'art lorsqu'elle fait dévier l'accouchement de ses allures physiologiques, de l'aider lorsque ses efforts sont insuffisants, ils la supplantent hardiment et complètement, et cela en dehors de toute difficulté imminente ou seulement probable, par simples raisons de convenance et de commodité pour la parturiente et l'accoucheur.

L'action obstétricale, pour les partisans de l'accouchement chirurgical, ne doit plus se borner à surveiller et guider au besoin un phénomène physiologique, mais doit devenir une intervention systématique et continue à indications précises, à manuel opératoire bien défini, qu'on peut provoquer et diriger à sa guise.

En employant un procédé rationnel d'accouchement rapide, en effectuant par la manœuvre bimanuelle la dilatation complète du col et en procédant alors seulement à l'extraction du fœtus par la version, le forceps ou l'expression suivant les cas, a-t-on le droit de provoquer ainsi et de brusquer tout accouchement en dehors d'indications précises d'urgence et pour de simples raisons de convenance personnelle ? Assurément non.

Et si je pense la chose illicite, ce n'est nullement par question de sentimentalisme, ou par respect d'habitudes séculaires, ou par déférence pour l'opinion de maîtres qui en ont jugé ainsi, mais parce qu'il me paraît tout à fait coupable d'exposer de propos délibéré les femmes qui se confient à nous à des risques quelconques, si minimes soient-ils, pour des raisons qui n'ont rien à voir avec l'intérêt de leur santé ou de celle de leur enfant, si ce n'est de les compromettre, et qui par conséquent sont d'ordre absolument extra-médical.

Jadis, Capuron qualifiait l'accouchement prématuré provoqué, pratiqué pour sauver la mère ou l'enfant, « d'attentat commis envers les lois divines et humaines » ; Gardien, Mmes Lachapelle et Boivin le proscrivaient avec la même énergie ; Orfila et de Kergaradec parlant au nom de l'Académie interrogée par Costa sur cette question, la repoussaient comme « inconvenante » (1817). Toutes les préventions contre l'accouchement prématuré pratiqué dans ces conditions ont été heureusement dissipées par Stolz, Dubois, Tarnier, Budin, etc., mais toutes ces sévérités nous paraissent s'appliquer à l'accouchement « chirurgical » pratiqué comme on l'a conseillé, sans indications ni mesure.

Au reste, il ne faut pas oublier que le Code pénal qui vise dans son article 317 l'avortement, n'établit pas de distinctions dans les peines qu'il édicte contre ceux ou celles qui provoquent l'interruption de la grossesse, entre les cas où cette grossesse est interrompue dans une intention criminelle ou dans un but thérapeutique. Fort heureusement, il est vrai, les tribunaux distinguent entre la lettre et l'esprit. Il n'en demeure pas moins que si, la pratique de l'accouchement « chirurgical » prenant de l'extension, quelque accident grave engageait de ce fait la responsabilité du médecin devant les tribunaux, malgré toute sa probité professionnelle et ses convictions scientifiques, celui-ci pourrait éprouver de sérieux désagréments de son intervention.

Aussi concluons-nous en disant que l'accouchement « chirurgical » doit être considéré comme comportant un pronostic réservé pour la femme, pour l'enfant et pour... l'accoucheur.

Note sur un aspect emphysémateux du foie chez une éclamptique.

(*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris 1901*, p. 359).

Chez une éclamptique morte dans le service de M. le Dr Bonnaire, à la Maternité de Lariboisière, après être restée trois

jours dans le coma, avec une élévation constante et progressive de la température, nous avons trouvé des lésions hépatiques très spéciales.

Le foie a dans son ensemble la coloration stéateuse que nous sommes habitués à trouver chez les éclamptiques, et en quelques points de sa face inférieure, il présente des hémorrhagies sous-glissoniennes punctiformes ; mais, de plus, en divers points du lobe gauche et du lobe de Spiegel, il offre un aspect aréolaire tout à fait particulier : des fragments prélevés en ce point et projetés dans l'eau, surnagent.

L'examen des coupes faites en ces points montre l'existence d'espaces libres correspondant à des cavités creusées dans le parenchyme. Ces cavités sont arrondies, taillées comme à l'emporte-pièce ; elles sont de volume variable et siègent soit dans les espaces portes, soit dans les lobules hépatiques eux-mêmes. Autour de certaines de ces cavités, les cellules paraissent peu altérées ; autour d'autres, elles sont comme en détritus, il n'en reste que des débris, ou bien elles ont conservé leurs contours mais les portions centrales ont subi la dégénérescence graisseuse et ne sont pas colorées par le réactif.

Enfin, en certains points, à la limite des éclatements, on trouve la paroi de la veine porte épaissie avec quelques végétations disséminées ; il en est de même en quelques points pour les veines sus-hépatiques qui ont leur paroi nettement épaissie.

Il est impossible de ne pas voir une relation probable de cause à effet entre ces lésions vasculaires et cellulaires, et la production gazeuse qui a déterminé en ces points même l'éclatement.

Peut-être les gaz produits aux points où l'on note ces lésions ont-ils eu une force expansive suffisante pour déterminer des éclatements dans les régions voisines indemnes encore d'altérations vasculaires et cellulaires.

M. Bar a rapporté en 1900 à la Société d'Obstétrique de Paris un fait assez semblable au nôtre qui lui faisait se demander s'il

n'existait pas parfois chez les éclamptiques des infections avec production de gaz: c'est la même question que nous nous sommes posée.

Du reste, pendant la vie, en présence de la forme très sévère d'éclampsie présentée par cette malade et de l'hyperthermie continue, nous avions pensé qu'il pouvait bien y avoir là, en même temps que l'intoxication dont relevait l'état éclamptique, une infection; et malgré les résultats négatifs maintes fois obtenus en circonstances à peu près semblables, nous voulions pratiquer l'examen du sang au point de vue bactériologique; mais quand nous arrivâmes pour recueillir du sang, la malade venait de succomber (le thermomètre marquait 41°6, et montait à 43° deux heures après la mort).

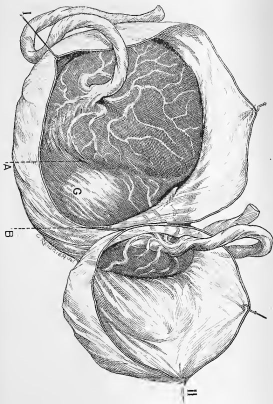
Sur deux cas de grossesse triple.

(*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1903, page 140.)

La grossesse triple, quoique rare, paraît un peu moins exceptionnelle que ne l'ont considérée jusqu'ici les classiques. Depaul admettait 1 grossesse triple sur 11.105 en France, 1 sur 7.182 en Allemagne; Puech 1 sur 8.256 en France, 1 sur 7.820 en Allemagne. Or à la maternité de Lariboisière, dans le service de M. Bonnaire, sur 12.043 accouchements faits depuis 4 ans, nous comptons 4 grossesses triples soit 1 sur 3.010; et la statistique de Saniter portant sur 70.470 accouchements faits en 24 ans à la clinique de Berlin, donne la proportion de 1 grossesse triple sur 2.349 accouchements.

Les deux cas que nous avons présentés en 1903 à la Société d'Obstétrique présentaient chacun des particularités intéressantes.

I. Le premier offrait cet intérêt d'être une grossesse triple uni-

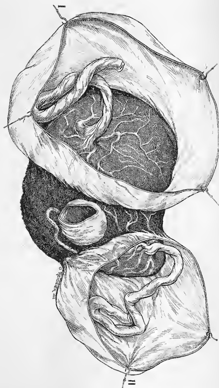

I
A
G
B
II

vitelline. Sur la face fœtale du placenta, en effet, existaient des anastomoses très nettes, très volumineuses, que l'on suivait très aisément sans injection. Des divisions artérielles et veineuses de l'un des œufs on faisait refluer le sang avec la plus grande facilité dans les vaisseaux correspondants de l'œuf voisin réalisant ainsi une injection naturelle très démonstrative.

Or l'univitellinité dans la grossesse triple doit être tenue comme exceptionnelle. La disposition la plus fréquemment observée est la suivante : deux œufs accolés, dont l'un est simple et l'autre évolue vers le type double univitellin. Sur les 30 cas de grossesse triple recueillis en 24 ans à la Clinique de Berlin, Saniter n'a trouvé que deux œufs univitellins.

II. Dans le second cas, le placenta examiné par sa face fœtale semble être le délivre d'une grossesse double ; mais en regardant de près on voit par transparence sous les membranes de l'œuf I, (en réalité au-dessus du placenta de l'œuf II partiellement recouvert par les membranes de l'œuf I), une saillie du volume à peu près d'un œuf de pigeon. La première idée qui vient à l'esprit est qu'il s'agit là d'un de ces kystes séreux sous-choriaux dont l'existence n'est pas rare. On sépare alors l'une de l'autre les deux parois amnio-choriales de la cloison interovulaire, on récline de B en A les membranes de l'œuf I en le détachant du placenta de l'œuf II, et on met ainsi à découvert le petit kyste ; il n'adhère nullement aux membranes de l'œuf I à travers lesquelles on le voyait tout à l'heure par transparence, mais il est fortement adhérent au chorion villeux de l'œuf II dont on ne peut le détacher. Un gros vaisseau, issu des divisions du cordon de l'œuf II, l'entoure sur la moitié environ de sa zone d'attache au chorion villeux.

On incise alors cette petite poche ; il s'écoule 10 à 15 grammes d'un liquide clair ; et, en examinant la paroi au niveau de l'incision, on n'est pas peu surpris de voir qu'elle est formée de deux membranes très aisément décortieables, l'interne beaucoup plus mince


I
II

que l'externe. L'idée vient immédiatement que ce prétendu kyste séreux doit être, en réalité, un kyste ovulaire, l'œuf qui lui a donné naissance s'étant arrêté dans son développement vers le 3e mois, et le contenu embryonnaire s'étant résorbé, comme cela se produit dans les œufs clairs.

L'examen histologique vient, du reste, confirmer cette hypothèse en montrant sur les coupes qui ont été faites de la paroi du kyste, un épithélium pavimenteux sur les deux faces d'une trame fibro-conjonctive, et sur la face externe d'une partie de cette membrane prélevée au point où elle est adhérente au chorion villeux de l'œuf n° II, des villosités atrophiées mais encore très nettement reconnaissables, dont la base est au niveau de la paroi kystique et lui appartiennent par conséquent.

Il n'est donc pas douteux, nous semble-t-il, qu'il s'agit bien là d'un 3e œuf qui s'est atrophié, étouffé en quelque sorte entre les deux autres, et qui s'est partiellement résorbé. C'est là une disposition dont nous ne connaissons pas d'autres exemples : nous savons les cas où un œuf a été trouvé dans la cloison membraneuse de séparation de deux œufs accolés ; mais, dans nos recherches bibliographiques, nous n'en avons pas trouvé d'adhérent au placenta, comme dans le cas que nous rapportons.

Excès de volume du fœtus. (Observation du Dr Delcamp, de Saint-Jean-de-Luz).

(*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1903, p. 235.)

Il s'agit d'un fait parfaitement authentifié de gigantisme fœtal.

Le fœtus, extrait mort par M. le Dr Delcamp (application de forceps ; extraction très laborieuse de la tête, et dystocie surtout pour les épaules qui avaient un bis-acromial de 19 cm.) pesait le chiffre énorme de 9 k. 900 gr. (poids vérifié à diverses reprises).

La taille était de 61 centimètres.

Le diamètre bipariétal mesurait 13 centimètres et l'occipito-mentonnier 17 centimètres.

En communiquant ce fait curieux à la société d'obstétrique de Paris, je fis remarquer qu'on y trouvait réalisées un certain nombre des causes généralement admises comme influant sur l'anormal développement de l'enfant. L'âge : la malade à 42 ans, et on admet généralement avec Duncan que de 20 à 40 ans, la mère voit le poids de ses enfants augmenter. La multiparité, dont l'influence dans l'étiologie de l'excès de volume du fœtus est admise par Veit, Hecker, Frankenhauser (la mère de ce volumineux fœtus était Xpare). Mais il ne paraît pas que l'on puisse invoquer ici la prolongation de la grossesse pour expliquer le développement extraordinaire du fœtus ; bien au contraire, puisque d'après l'époque des dernières règles et en faisant le calcul ordinaire, la grossesse n'aurait même pas atteint son terme.

Méningite tuberculeuse et grossesse

Société Obstétricale de France 1904
(en collaboration avec M. le Dr Demelin).

Deux malades ont été le point de départ de ce travail ; l'une est morte le 14 juin 1903 à la clinique Tarnier dans le service de M. le professeur Budin, l'autre le 24 juillet 1903 à la maternité de Lariboisière dans le service de M. le Dr Bonnaire.

I. La première, entrée à la clinique le 4 juin, vomissait depuis une semaine et avait des maux de tête assez violents. On fit le diagnostic de vomissements graves ; puis on hésita entre ce premier diagnostic et celui de dothiéneutérie, la température s'étant élevée d'une façon constante pendant quelques jours et la malade ayant accusé une rachialgie assez vive ; enfin le 13 juin, l'agitation, la céphalée très intense, la raideur de la nuque, l'hypéres-

thésie cutanée, l'attitude de la malade firent faire de façon ferme le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Le 14 juin au matin, M. Demelin pratiqua la césarienne chez la malade agonisante. Enfant pesant 1,700 grammes, mort 6 heures après; mort de la mère 3 heures après la césarienne.

A l'autopsie on trouve une infiltration tuberculeuse dans toute la hauteur des deux poumons et des cavernules aux sommets; la base du cerveau baignait dans un épanchement légèrement louche enrobant d'autre part le cervelet et la moelle.

II. Notre seconde malade admise le 21 juillet à la Maternité de Lariboisière, fut considérée aussi comme atteinte de vomissements graves. Elle vomissait depuis presque le début de sa grossesse (elle était enceinte de 8 mois au moment de son entrée), et avait depuis longtemps de très violents maux de tête; elle disait avoir beaucoup maigri : Les deux jours suivants, la céphalée très intense, respiration irrégulière, raideur de la nuque, signe de Kernig positif, position en chien de fusil, photophobie, raie méningitique. La ponction lombaire donna un liquide céphalo-rachidien légèrement trouble; après centrifugation on constata une lymphocytose très accentuée qui ne laissa aucun doute sur l'existence d'une méningite tuberculeuse.

Nous allions provoquer le travail quand il se déclara spontanément; la malade accoucha très rapidement d'un enfant vivant pesant 2,530 grammes. Légère amélioration après l'accouchement; mais dans la nuit, nouvelle aggravation de tous les symptômes, coma, et mort le 25 à 11 heures du matin. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse présente souvent de grandes difficultés, et il importe cependant de faire ce diagnostic aussi précoce que possible de manière à établir rapidement les indications du traitement obstétrical.

Les choses se passent ordinairement comme dans notre première observation, et c'est chez une tuberculeuse pulmonaire

qu'apparaissent au cours de la grossesse des signes de localisation méningée. Nous ne pouvons dire s'il en a été de même chez notre seconde malade : nous aurions peut-être trouvé à l'autopsie les mêmes lésions pulmonaires que chez la première ; mais s'il y avait tuberculose pulmonaire primitive dans ce second cas, elle avait au point de vue symptomatique évolué de façon absolument insidieuse.

Il ne faut donc pas compter sur les signes d'une tuberculose pulmonaire préexistante pour mettre sur la voie du diagnostic chez une femme chez laquelle vont apparaître des symptômes plus ou moins nets d'irritation méningée : Cette tuberculose pulmonaire n'existe pas toujours, et existante elle peut souvent évoluer silencieusement.

Les signes mêmes de la méningite manquent souvent de netteté. Vomissements répétés, élévation de température, céphalalgie peuvent chez une femme enceinte dans les urines de laquelle on trouve de l'albumine faire bien plutôt penser à une menace d'éclampsie qu'à de la méningite : C'est ce qui est arrivé dans un cas rapporté par MM. Bonnaire et Mercier en 1898 à la Société d'Obstétrique de Paris ; dans ce cas, du reste, il y avait eu de plus de véritables accès convulsifs.

Si, cependant, la céphalée est persistante en l'absence d'autres prodomes d'éclampsie, on doit penser à une irritation méningée possible, et nous croyons que dans ces conditions il importe de faire au plus tôt la ponction lombaire et de faire l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Dans le second cas que nous rapportons, cet examen nous a permis de faire de façon ferme le diagnostic de méningite tuberculeuse hésitant jusque là ; et grâce à cette indication nous allions provoquer l'accouchement prématurée lorsqu'il se produisit spontanément.

Nous pensons, en effet, que sitôt le diagnostic fait, il n'y a pas à hésiter et qu'il faut, dans les cas où le fœtus est viable,

provoquer immédiatement l'accouchement : On a affaire ici à une tuberculose aiguë et le fœtus court trop de risques d'être rapidement infecté par la voie placentaire pour qu'on ne se hâte pas de le soustraire aussi vite que possible à l'infection bacillaire qui le guette.

Étude expérimentale sur la pathogénie des paralysies obstétricales.

(Société obstétricale de France, 1904.)

La pathogénie des paralysies obstétricales du membre supérieur a été considérée pendant longtemps comme étant toujours une compression nerveuse : toujours on admettait qu'il y avait eu attrition directe, pendant les manœuvres obstétricales, du tronc nerveux, des branches ou des racines du plexus.

Pour les paralysies radiculaires en particulier, la pathogénie longtemps hésitante paraissait avoir été bien fixée, et le traumatisme direct par l'extrémité des cuillers du forceps ou surtout par les doigts de l'accoucheur appuyant sur la région d'Erb, paraissait évident après les observations de Danyau, Guéniot, Roulland, Duchesne, Erb, Budin, etc....

Mais voici que depuis quelques années, après les remarques de Tarnier, on tendit à admettre que dans ce dernier ordre de paralysies (paralysies radiculaires) la compression directe pourrait bien être moins souvent sujette à caution que l'élongation des racines du plexus brachial ; et actuellement les observations de Guillemot, les recherches expérimentales de Fieux, de Guillain et Duval semblent avoir entraîné les convictions, et les conclusions de ces derniers expérimentateurs paraissent être admises par tous : dans toutes les paralysies radiculaires obstétricales (comme d'ailleurs dans toutes les paralysies trauma-

tiques, en exceptant celles qui succèdent à une plaie de la région sus-claviculaire) l'action du traumatisme sur les racines du plexus agit sur elles en les élongeant et les rupturant.

Ayant observé il y a 3 ans, en ville, une paralysie radiculaire du bras chez un nouveau-né produite dans des conditions telles qu'il n'était pas possible d'admettre le mécanisme de l'élongation, je conçus des doutes sur l'exactitude de cette théorie appliquée à la généralité des cas, et je me promis de faire des recherches expérimentales pour essayer de fixer, en me plaçant dans les conditions de la clinique, les conditions de production de ces paralysies radiculaires.

Or, mes expériences, si elles ne me permettent pas de nier la possibilité des paralysies obstétricales radiculaires par abaissement extrême de l'épaule ou relèvement exagéré des bras, m'autorisent à dire que cette pathogénie ne doit être considérée que comme exceptionnelle, et que la grande cause de ces paralysies, c'est le traumatisme direct des racines du plexus brachial.

L'abaissement exagéré de l'épaule ou le relèvement excessif du bras en élongeant le plexus brachial au niveau surtout de ses racines supérieures prédisposent ces dernières à la rupture, mais cette rupture est ordinairement déterminée par la pression directe des doigts.

Et pratiquement, (car c'est là que j'en voulais venir), si les conclusions de MM. Fieux, Guillain et Duval, méritent d'être retenues, à savoir que dans la dystocie des épaules pour le sommet, et l'extraction de la tête dernière pour le siège, il faut se garder de tractions asynclitiques immodérées, il ne faut pas non plus oublier dans ces circonstances le précepte formulé maintes fois par M. le professeur Budin, d'éviter avec grand soin pendant ces tractions d'exercer une compression même modérée sur le point d'Erb : ce sera encore là le plus sûr moyen d'éviter les paralysies radiculaires obstétricales.

Anomalie dans l'évolution spontanée.
(Société obstétricale de France 1904.)

Dans la présentation de l'épaule, lorsque le fœtus est de tout



petit volume, assez fréquemment quand il est macéré, tout à fait exceptionnellement quand il n'a pas succombé, l'accouche-

ment peut se terminer par un mécanisme que Duncan en particulier a bien étudié, l'évolution spontanée.

Toutefois dans ces conditions de petitesse du fœtus, l'évolution spontanée peut se faire suivant un mode beaucoup moins compliqué que celui décrit par M. Duncan.

Il n'y a pas le déroulement connu du tronc du fœtus autour de l'épaule engagée et accrochée derrière la symphyse pubienne. Lorsque la circonférence thoraco-céphalique (la tête hyperfléchie latéralement et accolée contre le thorax) n'est pas trop volumineuse pour descendre dans l'excavation, le fœtus se présentant par l'épaule peut s'engager, descendre, et se dégager directement : c'est cette variété d'évolution spontanée que certains auteurs appellent *conduplicato corpore*, et que M. Bonnaire a décrit comme un accouchement en quatre temps.

Cette évolution spontanée anormale est favorisée à la fois par le petit volume du fœtus et par la mobilité plus grande dans le sens latéral des arcs costo-vertébraux les uns sur les autres.

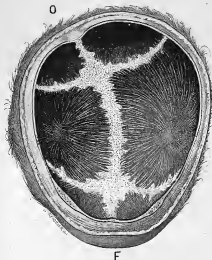
Dans le cas relaté ici et où il s'agit d'un fœtus de 860 grammes expulsé dans son œuf pesant 350 grammes, le bras seul faisant issue à travers un orifice peu étendu des membranes, on se rend bien compte grâce à l'épreuve radiographique de ce mode d'évolution. La circonférence thoraco-céphalique mesurait ici 31 cm.

Anomalie d'ossification du crâne fœtal. Considérations sémiologiques.

(*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris 1903*, p. 286.)

Nous avons eu l'occasion, à la maternité de Lariboisière, dans le service de M. Bonnaire, de commettre une erreur de diagnostic particulièrement intéressante, dans l'appréciation de la position d'une présentation du sommet. L'occipital offrait une suture in-

teroccipitale se continuant en avant avec la suture sagittale, de telle sorte qu'au point d'intersection de la suture sagittale, de la suture interoccipitale, et des sutures occipito-pariétales droite et



gauche, il existait une fontanelle semblable comme forme, direction et dimensions à la fontanelle antérieure.

L'enfant extrait régulièrement par le forceps par M. Bonnaire qui avait reconnu l'anomalie d'ossification et rectifié le diagnostic précédemment fait, naquit en état de mort apparente et ne put être ranimé.

L'examen de la calotte crânienne fut particulièrement intéressant. La suture interoccipitale divisait l'occipital dans toute son étendue et ne constituait pas seulement l'incisure peu profonde décrite par Velpeau, Jacquemier, Ahlfeld, Bonnaire. De plus à la partie inférieure de cette suture existait un espace membraneux très rarement observé, la fontanelle cérébelleuse, décrite par Hamy.

Ce fait, très intéressant déjà au seul point de vue anatomique l'est particulièrement au point de vue obstétrical en mettant en garde contre une des causes d'erreur du toucher pendant le travail. Et ces causes d'erreur sont nombreuses !

Pour la présentation du sommet, il est entendu que la perception de la suture sagittale dans un des diamètres obliques ou dans le diamètre transversal du bassin, avec à une de ses extrémités la sensation d'un petit espace triangulaire auquel aboutissent 3 sutures, ou d'un large espace losangique où 4 sutures viennent confluer, que cette constatation est nécessaire et suffisante pour affirmer qu'à l'extrémité du diamètre où on trouve la fontanelle triangulaire correspond l'occiput, ou que l'occiput et à l'autre extrémité de ce diamètre si la fontanelle accessible est losangique et à 4 sutures.

Et dans les traités d'obstétrique c'est à cela à peu près que se réduisent les préceptes donnés pour la détermination par le toucher des diverses positions de la présentation du sommet.

On y ajoute bien mention de la fontanelle glabellaire sur la suture métopique, de l'encoche simple ou double du bord des pariétaux au point sagittal ou obélion, constituant la fontanelle de Gerdy, des fontanelles latérales ptérique et astérique, mais c'est pour dire en deux mots que toutes ces fontanelles ont des caractères tellement nets que le diagnostic ne peut être hésitant.

Or le diagnostic est loin d'être si aisé dans nombre de cas. M. le professeur Budin l'a amplement démontré dans ses leçons de clinique obstétricale. M. Bonnaire y a, lui aussi, longuement

insisté dans un travail sur les anomalies de développement des enveloppes craniennes du fœtus et du nouveau-né.

Les causes d'erreur sont en effet nombreuses qui rendent le diagnostic de la position difficile, et même impossible si l'on s'en remet à l'appréciation par le toucher de la forme des fontanelles sur lesquelles arrivent les doigts explorateurs.

Une bosse séro-sanguine un peu volumineuse et siégeant au niveau d'une fontanelle la rend souvent complètement inaccessible, même si l'on prend soin, comme le recommande M. le professeur Budin, de déprimer doucement mais avec insistance cette bosse séro-sanguine pour tâcher de rendre accessibles au doigt les parties profondes ostéo-fibreuses qu'elle cache. Il est loin d'être aisé aussi de déterminer exactement par une exploration excentrique la direction des sutures qui abordent la bosse séro-sanguine et d'en déduire la forme de leur point de convergence.

La fontanelle de Gerdy, si elle est simple, peut faire croire à une fontanelle postérieure, d'autant plus facilement que la pointe de l'encoche triangulaire pariétale se prolonge parfois en une fissure pariétale qui est prise pour la troisième suture caractéristique de la petite fontanelle. De même, cette fontanelle de Gerdy, si elle est double, pourra pour ces mêmes raisons en imposer pour une fontanelle antérieure.

A la pointe de l'occipital un os wormien existe assez fréquemment, on le sait : l'os épaetal qui, au lieu de se souder au corps de l'écaille, peut en rester indépendant, et qui, flottant ainsi dans un large espace membraneux, change totalement la configuration de la petite fontanelle qu'il a souvent fait prendre pour la grande.

Au niveau de la fontanelle antérieure, il arrive souvent, si le sommet se présente en OIDP et est un peu serré dans un bassin étroit, que la pointe du frontal antérieur passe au-dessous de son congénère tandis que se rétrécissent les sutures et se réduit à l'extrême l'espace fontanellaire qu'on prend ainsi très aisément pour le lambda (Budin).

Le défaut d'ossification en masse du crâne que l'on observe quelquefois donne à toute la voûte une consistance parcheminée et fait sentir au premier point touché une surface largement dépressible qui ressemble à s'y méprendre à une fontanelle antérieure.

Sur ces crânes mal ossifiés, mais à un degré moindre, on trouve assez souvent en plein pariétal des pertes de substance de forme et de répartition capricieuses, bien décrites par Parrot et par M. Bonnaire; ces pertes de substances peuvent avoir une étendue suffisante et présenter à leur pourtour des fissures en nombre suffisant pour en imposer pour une fontanelle antérieure.

Enfin la division de l'occipital sur la ligne médiane fait penser à la fontanelle antérieure, la petite fontanelle devenant dans ce cas losangique et ayant 4 branches. Dans la plupart des cas cités par les auteurs, ce prolongement postérieur de la suture sagittale était de très faible étendue; mais lorsqu'il divise l'occipital dans toute sa hauteur, comme dans notre cas, il est tout à fait impossible de le distinguer du prolongement antérieur, de la suture métopique, et partant de reconnaître l'une de l'autre par des caractères intrinsèques la fontanelle antérieure et la postérieure. Ce serait une erreur, en effet, de vouloir compter sur le signe proposé par plusieurs auteurs qui pensent trouver un élément de différenciation dans l'obliquité plus grande des sutures occipito-pariétale comparée aux deux sutures fronto-pariétales.

Nous croyons donc, en présence de toutes ces difficultés dans la détermination des positions du sommet par la seule appréciation des caractères des fontanelles, que lorsque le diagnostic n'est pas absolument sûr; quand on n'arrive pas (en modifiant avec la main abdominale la flexion ou l'inclinaison de la tête) successivement sur les deux fontanelles ayant des caractères très nettement tranchés, il faut sans hésitation recourir au procédé

d'investigation que recommandaient Cazeaux et Tarnier, et qu'ont adopté après eux les classiques récents, mais qu'on n'emploie pas, croyons-nous, assez souvent : aller à la recherche d'une oreille et constater de quel côté est ouvert le sinus rétro-auriculaire. Avec ce procédé seul, dans les cas difficiles, on sera sûr de ne pas se tromper, et on ne se heurtera pas, au cours d'une intervention, aux difficultés ou aux impossibilités qui n'ont souvent pour origine qu'une erreur dans le diagnostic de la position!

NOUVEAU-NÉ ET NOURISSON

Monstre notencéphale avec ectrodactylie des mains et des pieds. — Alcoolisme invétéré chez le père (planches radiographiques).

(Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1898, p. 88).

Le fœtus qui fait l'objet de cette communication est un mort-né de 8 mois présentant du côté du crâne de la notencéphalie, et du côté des membres des malformations intéressantes ; aux mains comme aux pieds, il n'y a que quatre doigts ; de plus, aux mains il semble qu'il y ait inversion du pouce ; en effet, le doigt le plus volumineux, le plus court et le plus éloigné des autres auxquels il semble opposable est situé sur le bord cubital de la main ; de plus, l'examen radiographique nous montre que ce doigt ne renferme que deux phalanges tandis qu'aux autres doigts nous en voyons trois.

Enfin, tandis qu'aux deux mains et au pied droit l'ectrodactylie paraît être longitudinale, c'est-à-dire que les métacarpiens et le métatarsien manquent en même temps que les doigts et l'orteil correspondant; au pied gauche, l'aspect n'est pas le même : le gros orteil qui manque semble avoir été amputé ; à ce niveau, en effet, il y a un métatarsien sans phalanges avec seulement un petit moignon charnu ; aussi nous sommes-nous demandé (et cette opinion est assez justifiée puisque nous avons d'autre part trouvé des points d'adhérences des membranes au fœtus) s'il ne s'agirait pas là d'une amputation congénitale.

Au point de vue de l'origine de ces malformations congénitales nous nous demandons s'il n'y a pas lieu d'incriminer l'intoxication alcoolique dont nous trouvons le père profondément entaché. On sait l'importance de jour en jour plus grande que l'on attribue à l'alcoolisme à côté de la syphilis dans la genèse des malformations fœtales.

Arrêt de développement du cuir chevelu chez un nouveau-né

(*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, *1902*, *p. 188*.)

Chez une primipare accouchant spontanément à 8 mois, je pus au début de la période d'expulsion, lorsque la région occipitale apparut à l'orifice vulvaire, constater l'existence d'une perte de substance cutanée d'un centimètre de diamètre environ, siégeant sur la suture sagittale un peu en avant du lambda ; puis une autre de moitié plus petite sur la pointe même de l'occipital.

Après la naissance, j'en retrouvai deux autres des dimensions de la seconde, une sur le trajet de la suture occipito-pariétale gauche à peu près à sa partie moyenne, l'autre en plein pariétal gauche. Ces diverses pertes de substance avaient l'aspect de plaies toutes récentes faites par un instrument tranchant qui aurait abrasé la peau ; on voyait que la cicatrisation était tout à son début.

Connaissant bien ces lésions décrites pour la première fois par mon maître M. Bonnaire et sachant l'explication qu'il avait donnée de leur production, je pensai pouvoir retrouver dans les membranes les brides amniotiques qui me paraissaient n'avoir dû se détacher que depuis très peu de temps, peut-être au début du travail, étant donné l'apparence très récente de la cicatrisation. Mais une hémorrhagie m'obligea à faire la délivrance arti-

ficielle, et je ne pus rien retrouver de ce que je cherchais dans les membranes déchirées.

Il y a eu ici rapide formation de tissu cicatriciel vrai. Dix jours après la naissance, les pertes de substances étaient remplacées par de petites zones cicatricielles blanc-nacré, ayant à peine un tiers des dimensions des lésions originelles; et trois mois après la naissance, je ne trouvai pas trace de cheveux au niveau de ces cicatrices.

Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

(*Société Obstétricale de France, 1901.*)

Les statistiques des cliniques ophtalmologiques montrent encore aujourd'hui une proportion trop considérable de nouveau-nés amenés pour de l'ophtalmie purulente.

Or, s'il y a encore dans la clientèle civile (dans celle des sages-femmes en particulier) de nombreux cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés dont la cécité définitive est souvent la conséquence, il y a tel service d'accouchements dont la population hospitalière est considérable et n'est pas triée, tant s'en faut, où, grâce aux précautions prises, l'ophtalmie purulente des nouveau-nés est inconnue. Je veux parler du service de M. le professeur Budin, à la Clinique Tarnier.

Les précautions prises sont les suivantes : elles ont été exposées par M. Budin à diverses reprises et entre autres à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, en 1895.

Désinfection de la vulve et du vagin avant l'accouchement, surtout si la parturiente est soupçonnée de vaginite : sur ce point il n'y a pas lieu d'insister; la nécessité de cette désinfection est de notion courante et elle est généralement pratiquée.

Aussitôt après la naissance, avant la ligature du cordon,

lavage soigné des yeux de l'enfant à l'eau boriquée et au savon : puis, instillation sur les conjonctives de 2 ou 3 gouttes de solution de nitrate d'argent à 1/150. C'est là la partie originale du traitement préventif employé et préconisé par M. Budin ; c'est à l'emploi de cette solution qu'il attribue la disparition de l'ophtalmie purulente des Services qu'il a eu à diriger. Il est entendu qu'il s'agit ici des ophtalmies purulentes primitives « obstétricales », comme on a dit. Sans doute, lorsqu'il a pris en 1895 la direction de la Maternité il a eu à insister sur la nécessité non seulement d'employer la solution de nitrate d'argent à 1/150, mais encore de pratiquer d'une façon plus rigoureuse la désinfection du vagin de la mère et le savonnage des yeux de l'enfant ; mais, en entrant à la Clinique en 1898, il a trouvé un service où les injections vaginales *ante partum* étaient régulièrement faites, où le savonnage des yeux de l'enfant était soigneusement pratiqué ; il ne manquait au traitement prophylactique qu'une chose, l'instillation de nitrate d'argent ; et il y avait — rarement sans doute mais de temps à autre — un cas d'ophtalmie purulente. Du jour où, il y a trois ans, M. le professeur Budin commença à la Clinique à faire pratiquer ces instillations préventives au lieu de l'insufflation de poudre d'iodoforme par laquelle on terminait, jusqu'à ce moment, le traitement prophylactique, l'ophtalmie purulente disparut complètement, comme à la Charité, comme à la Maternité.

Ce traitement prophylactique si simple et si efficace (et qui n'a, soit dit en passant, aucun des inconvénients de la méthode de Crédé au point de vue de l'inflammation banale de la conjonctive), ce traitement devrait se répandre, se généraliser partout. Nous souhaiterions le voir employé là surtout où il est le plus nécessaire, dans la clientèle des sages-femmes. Ici on se heurte à une difficulté : le nitrate d'argent en solution à 1/150 qui fait la base du traitement est un produit toxique qui ne peut être prescrit par les sages-femmes !... Ne pourrait-on obtenir

pour elles le droit de faire cette prescription, comme on l'a obtenu pour le sublimé? Je sais les difficultés de semblables mesure : mais l'intérêt considérable du résultat à atteindre (supprimer les ophtalmies purulentes congénitales) ne vaut-il pas d'affronter ces difficultés et ne peut-il faire espérer qu'on en triomphera ?

Rétablissement de la sécrétion lactée chez une nourrice après huit semaines d'interruption.

(Congrès international de Médecine de 1900. — Section d'obstétrique).

A l'occasion d'une communication de notre maître M. le professeur Budin, au Congrès international de Médecine, nous avons rapporté une curieuse observation de rétablissement de la sécrétion lactée survenu chez une nourrice après une cessation d'allaitement de 8 semaines. Ces faits commencent du reste à être bien connus et sont une preuve de la nature de la sécrétion lactée qui est un réflexe dont le point de départ réside dans la succion du mamelon. Dans notre cas il s'agissait d'un nourrisson sevré prématurément, et qui présenta après son sevrage des phénomènes de méningisme; très agité, il criait sans cesse; sa mère eut l'idée de le remettre au sein pour calmer ses cris. Sous l'action des succions le lait qui avait disparu depuis le sevrage remonta peu à peu, et la sécrétion fut bientôt assez abondante pour suffire pendant plusieurs semaines à l'alimentation de l'enfant.

Hygiène du nourrisson.

(In : *Revue des maladies de la nutrition*, 1897.)

Cette revue expose les principes d'hygiène applicables à l'enfant pendant sa première année, et réserve surtout une large

part aux règles de l'allaitement ; que ce soit l'allaitement maternel, qui y est naturellement donné comme étant l'idéal, ou l'allaitement artificiel.

La Crèche du XVII[e] Arrondissement.

Comptes rendus annuels. — 1898, 1899, 1900.

L'organisation des crèches dans les centres populeux rend les plus grands services non seulement aux mères mais aux enfants.

C'est l'intérêt des mères qui a guidé le fondateur de ces établissements philantropiques. Ce point de vue, malgré sa grande portée sociale, n'est encore pas, croyons-nous, le principal : Nous pensons que c'est l'enfant qui bénéficie le plus des avantages de ces institutions lorsqu'elles sont bien organisées et bien dirigées.

La Crèche ne doit pas être une simple garderie où l'enfant est surveillé, soigné, nourri comme il serait chez lui si sa mère pouvait l'y conserver, mais un asile où tout a été disposé pour qu'*il se trouve mieux qu'il ne serait chez lui*, dans les conditions de propreté, d'aération, de nourriture, d'hygiène en un mot, qui sont nécessaires à son bon développement et qu'il ne trouve pas chez lui. C'est ce que nous avons cherché à réaliser dans la crèche du XVII[e] arrondissement dont la direction médicale nous a été confiée et dont nous publions chaque année les résultats.

Nous y recevons autant que possible des *nourrissons ;* c'est sur eux que notre influence peut le plus heureusement s'exercer. Nous engageons les mères à leur conserver autant que possible les bienfaits de l'allaitement maternel, sinon exclusivement du moins partiellement.

Les mères, quelque occupées qu'elles soient, trouvent ordinairement le temps de venir une fois au milieu de la journée donner

le sein à leurs bébés qu'elles allaitent d'autre part chez elles la nuit. Le complément de nourriture de ces nourrissons est fait avec du lait stérilisé ; c'est naturellement ce même lait que nous donnons aux enfants dont les mères n'ont absolument pas de lait ou sont dans l'impossibilité de venir à la crèche au milieu du jour.

Grâce à la réglementation méthodique de cet allaitement, nous sommes arrivés à ce résultat, que *la diarrhée, la gastro-entérite sont des choses inconnues à la crèche.*

Pendant les mois de juillet et août derniers, notamment, alors que la mortalité infantile par troubles gastro-intestinaux s'est accrue à Paris de façon effrayante, alors que partout on entendait parler de choléra infantile, de diarrhée toxi-infectieuse enlevant les enfants avec une terrifiante rapidité, nous avions dans notre crèche 0 de mortalité, 0 de morbidité. Ces résultats peuvent être placés à côté de ceux obtenus à la clinique Tarnier pour sa consultation des nourrissons par notre maître M. le professeur Budin ; à Paris encore par MM. les docteurs Variot, Maygrier, Dubrisay père, Boissard, Berlioz, de Rotschild ; à Fécamp par M. le docteur Dufour ; à Réthel par notre ami le docteur Drappier, etc...

Grâce à l'ensemble des soins que nous donnons à nos nourrissons, nous abaissons la mortalité infantile de notre milieu à 2,86 °/₀ alors qu'elle est autour de nous de 20 à 25 °/₀ ; c'est un résultat assez notable pour mériter d'être signalé.

Abcès rétropharyngiens idiopathiques des enfants (adénite rétropharyngienne aiguë suppurée). Leur fréquence ; leur terminaison par la mort subite ; leur traitement.

(Thèse inaugurale, Paris 1896.)

L'abcès rétropharyngien idiopathique des enfants est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

Il passe trop souvent inaperçu parce qu'on n'est pas assez prévenu de sa fréquence et qu'on ne pense pas à le rechercher. Bien souvent il constitue une trouvaille d'autopsie.

La notion qui domine l'étiologie est celle de l'infection, infection se faisant par voie sanguine ou lymphatique. Quelquefois l'inoculation est directe : l'agent pyogène venu du dehors est apporté directement par une brèche faite à la muqueuse pharyngée : il n'est pas rare alors que l'abcès soit un véritable phlegmon développé primitivement dans le tissu cellulaire rétropharyngien au lieu d'être comme dans tous les autres cas un adénophlegmon. Dans cette catégorie doivent rentrer les *abcès rétropharyngiens se développant chez des nourrissons dont les nourrices sont atteintes de galactophorite.* Les excoriations buccopharyngées sont fréquentes chez le nourrisson, et l'on comprend aisément que si ces deux conditions se trouvent remplies, galactophorite de la nourrice et excoriations buccopharyngées du nourrisson, l'abcès rétropharyngien ait de grandes chances de se développer par contage direct.

Très grave lorsqu'il reste méconnu et non traité, il guérit presque toujours par l'incision et l'évacuation du pus. *Il est peu de maladies où le sort du malade soit d'une façon aussi absolue entre les mains du médecin.*

La mort, qui se produit presque constamment quand il est abandonné à lui-même, n'arrive pas toujours lentement, causée par une asphyxie progressive due au développement continu de l'abcès, ou par l'évolution régulière d'une complication quelconque. Elle peut survenir brusquement, subitement.

Cette mort subite, qui peut arriver à un moment quelconque du cours de la maladie, se produit quelquefois au moment même de l'incision de l'abcès et — apparemment — à son occasion. Dans l'un comme dans l'autre cas, elle paraît due soit à un spasme de la glotte, soit à des phénomènes inhibitoires dont le point de départ se trouverait dans une irritation des terminai-

sons nerveuses de la muqueuse, ou dans une *compression brusque* des gros troncs nerveux du cou.

Dans quelques cas, c'est une hémorrhagie abondante qui en est la cause.

En face du pronostic, tout à fait alarmant, de l'abcès rétro-pharyngien laissé à lui-même, une obligation s'impose au médecin : intervenir dans tous les cas qui se présenteront à lui. Et la crainte d'une mort subite, toujours possible, doit rendre cette intervention prompte, hâtive, sitôt établi le diagnostic.

Deux voies peuvent conduire sur l'abcès pharingien :

L'une directe, buccale.

L'autre indirecte, cervicale.

Simple, facile et suffisante dans la majorité des cas, l'*incision buccale constitue la méthode de choix*.

D'une technique assez délicate, difficile sans l'emploi du chloroforme (qui constitue, lui, un réel danger chez un enfant déjà asphyxiant), et laissant une cicatrice désagréable, l'incision externe sera réservée à quelques rares cas.

a) L'abcès pharyngien est trop bas, inaccessible.

b) La contracture des masséters rend impossible l'ouverture de la bouche.

c) Il y a une artère superficielle au-devant de l'abcès ; ou cet abcès est latéro-pharyngien.

On fera précéder l'incision buccale d'une ponction du prolongement cervical de l'abcès, si la collection très volumineuse fait craindre des accidents au moment de l'incision.

En présence de phénomènes subits d'apnée et de syncope dans un cas d'abcès rétro-pharyngien, on ne se contentera pas de faire des flagellations, de la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue....., etc., on tentera encore l'*électrisation du diaphragme*, et l'*intubation du larynx*, les accidents pou-

vant être dus à des phénomèmes inhibitoires ou à du spasme de la glotte.

DIVERS

Abouchement anormal de l'appendice dans l'iléon.
Bulletin de la Société anatomique, 1893.

Pieds valgus douloureux des adolescents.
Journal des Sciences médicales de Lille. 1891.

Taille hypogastrique chez l'enfant, suture primitive de la vessie; guérison.
Journal des Sciences médicales de Lille, 1892.

Contribution à l'étude de la valeur digestive des acides.
Mémoires de la Société de Biologie, 1891.

Imp Ch. Bodin et Cie, 25-27, Boulevard Pasteur